

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Мельник В.Д., Левакина Ю.А.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

Введение. В последние годы отчетливо наблюдается снижение заболеваемости катаральным аппендицитом, при этом возрастает количество оперируемых больных по поводу деструктивных форм. Это связано с улучшением диагностики альтернативной патологии органов брюшной полости, благодаря внедрению УЗИ исследования, лапароскопической диагностики [2].

Существует ряд гипотез патогенеза острого аппендицита: аллергическая (глистная инвазия, сенсибилизация организма), нейротрофическая, механическая (каловые камни, инородные тела, новообразования, гиперплазия лимфоидной ткани), инфекционная гипотеза развития первичного аффекта в виде клина основанием в сторону серозы [3]. Роль вирусного агента в патогенезе острого аппендицита была предложена более 100 лет назад, однако это не нашло морфологических подтверждений во время эпидемий гриппа.

Морфологически катаральный аппендицит выставляется почти в 100% случаев оперированных, не смотря на наличие альтернативной патологии со стороны других органов (язвенная болезнь, ОРВИ, ангины, некоторые острые кишечные инфекции, заболевания половых органов) [1].

Цель работы. Изучить наиболее часто встречающиеся заболевания, протекающие под маской острого аппендицита у пациентов, которые поступили с диагнозом острый аппендицит и проходили стационарное лечение в БСМП г. Витебска за период с 2006 по 2009 гг., диагноз при выписке: МКБ10 i88 неспецифический лимфаденит; i89 другие неинфекционные болезни лимфатических сосудов и лимфоузлов.

Материал и методы. Проведен анализ и анкетирование 392 пациентов, находившихся на лечении в клиниках на базе БСМП г. Витебска в 2006-2009 гг.

Оценены результаты анкетирования выписанных больных из клиники (получено 57 анкет).

Изучена обращаемость наблюдаемых пациентов в онкологический диспансер, инфекционную больницу и

женскую консультацию №1 г.Витебска. При оценке статистических данных по БСМП наблюдается параллель между ростом случаев заболевших мезаденитом и острым аппендицитом, за счет возрастания количества деструктивных форм острого аппендицита (рис. 1).

В связи с тем, что острый мезентериальный лимфаденит, в большинстве случаев вызывается инфекцией, нами был проведен анализ сезонной заболеваемости ОРВИ и ОМЛ за 4 года (по данным санитарно-эпидемиологической станции г. Витебска) (рис. 2).

Среди больных (251) 64% составляют люди 16-20 лет, (110) 28% - 20-30 лет, и только (31) 8% старше 30 лет. Женщины заболевают в 3 раза чаще чем мужчины.

Наиболее частый диагноз при направлении в хирургический стационар - острый аппендицит. Проведение дифференциального диагноза с острым мезентериальным лимфаденитом может быть затруднено. По нашим данным, при ОМЛ более продолжительный анамнез заболевания, боль не усиливается при движении, локализуется чаще в мезогастральной области, увеличены шейные, паховые лимфатические узлы, имеются сопутствующие катаральные явления, учащение, а не задержка стула.

Результаты анкетирования показали, что 2/3 больных считают себя здоровыми, каждый пятый находится под наблюдением у гинеколога, 10% - у гастроэнтеролога. Двое пациентов указали на онкологические заболевания, увеличенные лимфоузлы оказались метастазами рака, у одного - острый аппендицит, 4 пациента наблюдались в поликлинике у других специалистов. Мы получили письма от пациентов, приведем 2 из них:

"От себя: изменения со стороны лимфатических узлов брюшной полости было вызвано раком правого яичка. Это выяснили только после того как меня прооперировали в абдоминальном отделении ВОКОД. Там мне удалили большую часть воспаленных лимфатических узлов, затем в Боровлянах удалили яичко. Затем, в Витебске, прошел 3 курса химиотерапии. На данный мо-

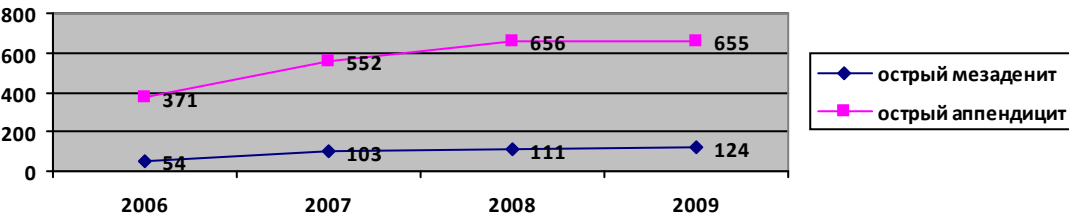


Рис. 1. Рост количества случаев заболевших острым мезентериальным лимфаденитом и острым аппендицитом за 2006-2009 гг.

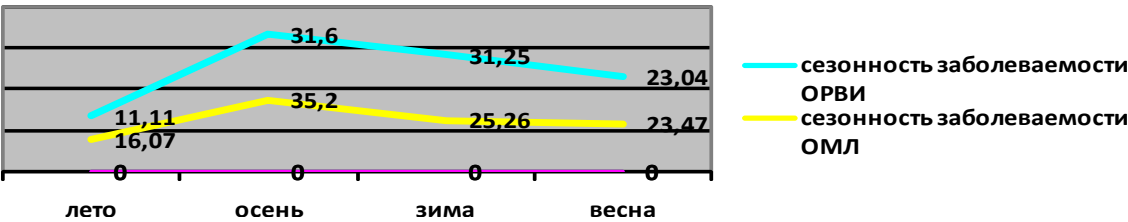


Рис. 2. Сезонность заболеваемости ОРВИ и ОМЛ за 2006-2009 гг.

мент нахожусь на контроле в ВОКОД. В начале сентября 2010 должен буду проходить очередное контрольное обследование.

Пациент П."

"Я находился на лечении в БСМП в 2007, 2008, 2009 гг. С одними и теми же симптомами!!! В 2007, 2008гг. - диагноз о. мезаденит, 2009 году мне был выставлен диагноз острый гангренозный перфоративный аппендицит и произведено хирургическое вмешательство. Огромное спасибо лечащему врачу С. и зав. отделением В. За их индивидуальный подход и внимание к каждому пациенту. Не часто в наше время встретишь столь отзывчивых людей, не говоря уже об их профессии. После реабилитационного периода чувствую себя хорошо. Болей в брюшной полости больше нет. Спасибо за внимание. ЭКС пациент БСМП Г."

При изучении материалов онкологического диспансера у 4 больных 392 ~ (1%) выявлены метастазы рака, у одного из семеномы.

В инфекционной больнице находились в последующем 16 человек - 4 %, наиболее частые причины госпитализации - неинфекционный гастроэнтерит - 4, инфекционный гастроэнтерит - 2, ОРВИ - 4, по 1 случаю: иерсиниоз, сальмонеллез, антирабическая вакцинация, пневмония, герпетическая инфекция. Данные женской консультации №1 г. Витебска: шесть пациенток с аднекситом; две с кистой яичников; шесть с дисфункцией яич-

ников; одна с опухолью яичника; одна с миомой матки.

Выводы.

1. Наблюдается рост заболеваемости ОМЛ, чаще заболевают женщины в возрасте 16-20 лет
2. Констатируется сезонность в динамике заболеваемости ОМЛ, которая совпадает с подъемом заболеваемостью ОРВИ.
3. Данные анамнеза, объективного осмотра, увеличение различных групп лимфоузлов, катаральные явления, УЗИ - признаки, лапароскопические признаки ОМЛ, как правило, дают основания отказаться от лапаротомии.
4. Больные острым мезентериальным лимфаденитом нуждаются в обязательной консультации инфекциониста, гинеколога и биопсии лимфоузла в случае лапароскопии.

Литература:

1. Тимербулатов, В.М. Острый мезентериальный лимфаденит в хирургической парктике / В. М. Тимербулатов, Р. Р. Фаязов // *Анналы хирургии*. - 2009. - № 1. - С. 34-40.
2. Шиленок, В.Н. Острый аппендицит / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, С.А. Жулев, Г.Н. Гецадзе // *Хирургические болезни. Избранные разделы*. - 2005. - С. 566.
3. Ковалев А.И. Острый аппендицит/ А.И. Ковалев, Ю.Т. Цуканов // *Школа неотложной хирургической практики*. - 2010. - С. 743.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ТРАВМАХ СЕЛЕЗЕНКИ

Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я, Жулев С.А., Капустин С.В., Бородавко Н.А.
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

Введение. В последние годы наблюдается неуклонный рост числа травм различной локализации, которые являются ведущей причиной смерти и потери трудоспособности у лиц моложе 40 лет [1]. Этому способствуют техногенные, природные катастрофы, локальные военные конфликты, транспортные и производственные аварии, криминализация общества[2]. При повреждениях живота селезенка травмируется в 10-30 % наблюдений, чаще при закрытой травме [3]. При повреждениях селезенки зачастую вынужденно выполняется спленэктомия. В настоящее время многочисленными исследованиями доказано, что спленэктомия сопровождается множеством послеоперационных осложнений, самым серьезным из которых является постспленэктомический сепсис [3]. После спленэктомии развивается состояние, определяемое как постспленэктомический синдром, который характеризуется выраженным угнетением противоинфекционного и противоопухолевого иммунитета, нарушением гемостаза, развитием анемии, что значительно ухудшает качество жизни оперированного пациента. Организм становится менее устойчивым к инфекции, легче возникают гнойные осложнения в органах.

В связи с этим сохраняющие и замещающие селезенку операции должны стать определяющими [4].

Цель. Целью работы является изучение возможности приживления и влияние функционирования пересаженной селезеночной ткани на некоторые показатели гомеостаза, реологических свойств крови, гемограммы в отдаленном периоде.

Материал и методы. В клинике факультетской хирургии за период с 2002 по 2009 год находились на лечении 284 пациента с закрытой травмой живота. Повреж-

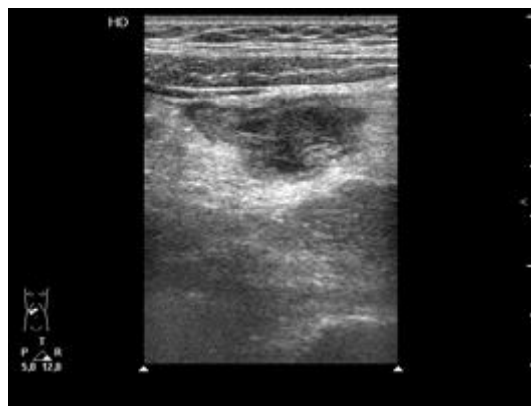


Рис.1. Через 1 месяц после операции в большом сальнике определяются две гипэхогенные структуры 27х22 мм и 18х10 мм, с неровными контурами, здесь же определяется максимальная болезненность